



CASOS CLÍNICOS

ESCLERITIS Y VASCULITIS PRIMARIAS SISTÉMICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

SCLERITIS IN PRIMARY SYSTEMIC VASCULITIS: CASE REPORT

Rosario Ruiz Domínguez. MD ¹; Claudia Caballero López. MD ²

RESUMEN

Las Vasculitis Primarias (VP), a lo largo de su evolución pueden presentar diversas manifestaciones oculares. La afectación de la esclera, conocida como escleritis es un cuadro infrecuente. Presentamos el caso de una paciente con antecedente de Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) que consulta por ojo rojo, aumento de volumen e intenso dolor en ojo derecho, siendo diagnosticada de escleritis anterior, cuya evolución fue favorable gracias al diagnóstico y tratamiento precoces.

Palabras clave: Vasculitis primarias, Granulomatosis con Poliangeitis, Escleritis.

ABSTRACT

Primary Vasculitis (VP), throughout its evolution may present various ocular manifestations. Sclera involvement, known as scleritis is an uncommon condition. We present the case of a patient with a history of Granulomatosis with Polyangiitis (GPA) who consulted for red eye, increased volume and intense pain in the right eye, being diagnosed with anterior scleritis, whose evolution was favorable thanks to early diagnosis and treatment.

Keywords: Primary vasculitis, Granulomatosis with Polyangiitis, Scleritis.

INTRODUCCIÓN

Las Vasculitis Primarias (VP), a lo largo de su evolución pueden presentar diversas manifestaciones oculares, consecuencia de la afectación de diferentes estructuras: Conjuntiva, cornea, esclera, úvea, retina, nervio óptico, conducto lacrimal y la órbita. ⁽¹⁻⁷⁾

La afectación de la esclera, conocida como escleritis es un cuadro infrecuente, se caracteriza por ser crónica, dolorosa, destructiva y por ser causa potencial de ceguera. Su diagnóstico y tratamiento temprano impactan favorablemente en su evolución. Su tratamiento se basa en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), corticoides y

agentes inmunosupresores sistémicos y locales, solos o combinados según la necesidad y severidad del cuadro. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

Presentamos el caso de una paciente con antecedente de Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) que consulta por ojo rojo, aumento de volumen e intenso dolor en ojo derecho, siendo diagnosticada de escleritis anterior, cuya evolución fue favorable gracias al diagnóstico y tratamiento precoces.

Caso clínico

Mujer de 49 años de edad, con antecedentes de conjuntivitis, nefritis y neumonitis secundaria a GPA tratada con glucocorticoides y ciclofosfamida en pulsos y controlada con prednisona

1. Médico Internista. Caja Nacional de Salud. La Paz-Bolivia.
2. Médico Cirujano - Oftalmólogo. Instituto Nacional de Oftalmología. La Paz-Bolivia.
INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
Autor responsable: Rosario Ruiz Domínguez
Correo electrónico: romarudo@yahoo.es

5 mg, micofenolato mofetilo 1g, losartan 50 mg, amlodipino 10 mg y tratamiento tópico ocular con timolol y acetato de prednisolona diarios. Tres años antes, consulta por ojo rojo, progresivo incremento de volumen, intenso dolor y disminución de la agudeza visual del ojo derecho.

Al examen en lámpara de hendidura. AV OD 01/CAE 0.3, PIO de 16 mmHg, ojo derecho con marcada hiperemia conjuntival, nódulo gigante con apariencia de contenido líquido, blando, sin erosión conjuntival, borde corneal superior con infiltrados puntiformes, cámara anterior con celularidad 2+, sinequias posteriores, cristalino con capsula anterior opacificada, vítreo con celularidad 2+, nervio óptico hiperemico con excavación de 6/10, retina edematosa en polo posterior. Figuras 1 y 2.

En los exámenes de laboratorio se observó lo siguiente: hemograma con hemoglobina 17,9 g, leucocitos de 8.800/mm, VES 15 mm, glucemia 93 mg, creatinina 1,0, transaminasas normales, ANA, Anca P y Anca C en límites normales, EGO con leucocitos 2 a 4 por campo, nitritos (-), no glóbulos rojos, algunos acúmulos celulares y bacterias moderadas, urocultivo negativo.

Se drenó secreción conjuntival obteniendo débito gelatinoso, amarillento, sin fetidez, el cultivo resulto negativo.

Se inició tratamiento con metilprednisolona 1 g IV por día y micofenolato mofetilo 1,5 g por día además de tratamiento local con acetato de prednisolona y timolol cada 12 horas.

Evolución favorable después de 3 días de tratamiento. Es dada de alta con el mismo tratamiento local del OD, micofenolato mofetilo 1,5 g y prednisona 1 mg/kg/día en dosis decreciente, encontrándose el cuadro controlado durante los meses siguientes

En control tres meses posteriores a su internación, asintomática, sin síntomas

ni signos de enfermedad activa ocular, siendo tratada con micofenolato mofetilo 1 g más prednisona 10 mg por día y continuando controles médicos periódicos.

Imágenes de ojo derecho
Fig.1. Marcada congestión y Nódulo en conjuntiva



Fig.2. Drenaje gelatinoso del nódulo conjuntival



DISCUSIÓN

Las Vasculitis primarias (VP) son enfermedades multiorgánicas poco comunes. A lo largo de su evolución, pueden presentar diversas manifestaciones oculares o incluso las alteraciones oftalmológicas pueden comportarse como únicas manifestaciones iniciales de la enfermedad.⁽¹⁻⁴⁾

Los síntomas visuales son poco frecuentes en el Síndrome de Churg Strauss, la Poliangeitis Microscópica, Poloarteritis Nodosa y la Purpura de Henoch Schönlein y se presentan con una frecuencia del 45 al 50% de los casos en la Arteritis de Células Gigantes, Arteritis de Takayasu y enfermedad de Kawasaki, y del 50 al 80% de los pacientes con GPA (Wegener); sin embargo, en esta última, la afectación de la esclera es infrecuente y puede manifestarse como epiescleritis o escleritis. ⁽⁵⁻⁷⁾

La GPA es causa del 4 al 8% de las escleritis, sean anterior, difusa, anterior nodular, anterior necrosante o posterior. Pueden complicarse con queratitis, úlceras corneales, uveítis, hipertensión ocular y glaucoma. ^(5, 8-10)

El tratamiento de las manifestaciones oculares debe ser sistémico además de local, con altas dosis de glucocorticoides e inmunosupresores. ^(9,10)

La literatura remarca la importancia del examen oftalmológico periódico en pacientes con VP como mecanismo de detección precoz de afectación ocular como síntoma inicial de enfermedad sistémica, permitiendo el diagnóstico y tratamiento oportunos, ya que un retraso pone en riesgo no solamente la función visual, sino también pone en riesgo la morbimortalidad de estos pacientes, por ello, en la mayoría de los casos el tratamiento de la enfermedad ocular controla también la enfermedad sistémica, o viceversa.

REFERENCIAS

1. Barbosa R, Recillas C, Arellanes L. Manifestaciones oculares de las vasculitis primarias sistémicas. *Reumatol Clin.* 2011; 7 (S3): S12-S17
2. Onal S, Kazokoglu H, Koc A, Yavuz S. Rituximab for remission induction in a patient with relapsing necrotizing scleritis associated with limited Wegeners granulomatosis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2008; 16: 230 - 2.
3. Pakrou N, Selva D, Leibovitch I. Wegeners granulomatosis: ophthalmic manifestations and management. *Semin Arthritis Rheum.* 2006; 35:284 - 92.
4. Chan AY, Li EK, Choi PC, Liu DT, Lam PT, Lam DS. Unusual eye signs in Wegeners granulomatosis. *Hong Kong Med J.* 2007; 13: 241 - 2.
5. Ambou FI, Valdes PA, De prada SC, Perez SL, Carvajal RS. Escleritis posterior: a propósito de un caso. *Rev Cubana Oftalmol.* 2014; 27(3): 497-502.
6. Gavin DD, Williamson J. Episcleritis and scleritis: a study of their clinical manifestation and association with reumathoid arthritis. *Br J Ophthalmol.* 1976; 60: 196 - 226.
7. Blaise P, Robe-Collignon N, Andris C, Rakic J. Wegeners granulomatosis and posterior ischemic optic neuropathy: Atypical associated conditions. *Eur J Intern Med.* 2007; 18: 326 - 7. clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol.* 2000; 10: 469 - 76.
8. Jabs DA, Mudun A, Dunn JP. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol.* 2000; 130 (4): 469-76.
9. Hernandez-Rodriguez J, Hoffman GS, Koenig CL. Surgical interventions and local therapy for Wegeners granulomatosis. *Curr Opin Rheumatol.* 2010; 22: 29 - 36.
10. Fernandez BG, Iosada CM, Perez BL, Martin BF, Escleritis asociadas a enfermedades sistémicas. *Arch Soc Canar Oftal.* 2005[citado 16 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/sco/revista-16/16sco17.htm>